

Designing a Questionnaire for Diagnosis of Vaginismus and Determining its Validity and Reliability

Leila Reisy¹,
Saeede Ziaee²,
Eesa Mohamadi³,
Ebrahim Haji zade⁴

¹ PhD Student in Reproductive Health, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

² Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

³ Professor, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

⁴ Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

(Received January 19, 2015 ; Accepted June 2, 2015)

Abstract

Background and purpose: A clear agreement is doubted in identifying vaginismus based on the clinical diagnostic criteria including pain, cramps and spasms. This study was performed to design a diagnostic questionnaire for vaginismus and investigating its psychometric characteristics.

Materials and methods: This study was performed with a combinatorial approach. The final questionnaire was approved after performing 33 interviews and applying professional expertise in the qualitative part. In first stage of the quantitative part in face validity, the questionnaire was completed by 30 participants and its content validity was studied by 11 people from expert panel. Finally the validity was calculated by asking 100 patients. The internal and external validity were determined using Cronbach's alpha and test-retest in 30 patients with pain during examination.

Results: At first, the changes in the qualitative stage of face validity was applied and the item effect index for 6 items were lower than 1.5 in the quantitative stage of face validity. Five questions did not receive desired points in CVR and CVI calculation in the quantitative part of content validity. KMO rate was 0.810 in the qualitative factor analysis. Also, the Bartlett's test of significance level was less than 5 percent. Cronbach alpha rate was calculated as 0.907. The external reliability was lower than 0.05.

Conclusion: This instrument contains low number of questions, simple items to answer and is both reliable and valid, so it could be used for proper diagnosis of vaginismus in women with pain during sexual intercourse.

Keywords: Vaginismus diagnosis, validity, questionnaire Reliability

J Mazandaran Univ Med Sci 2015; 25(125): 81-94 (Persian).

طراحی پرسشنامه تشخیصی واژینیسموس: تعیین روایی و قابلیت اعتماد ابزار

لیلا رئیسی^۱
سعیده ضیایی^۲
عیسی محمدی^۳
ابراهیم حاجی زاده^۴

چکیده

سابقه و هدف: اجماع بر روی معیارهای تشخیصی بالینی درد، انقباض و اسپاسم برای تشخیص واژینیسموس مورد سوال قرار گرفته است. این مطالعه با هدف طراحی و روانسنجی ابزار تشخیصی واژینیسموس صورت گرفت

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر با رویکرد ترکیبی انجام شد. در بخش کیفی بعد از انجام ۳۳ مصاحبه و اعمال بررسی‌های کارشناسانه پرسشنامه نهایی تایید گردید. در بخش کمی، در مرحله نخست در روایی صوری، پرسشنامه توسط ۳۰ نفر از مشارکت کنندگان به صورت حضوری تکمیل گردید و روایی محتوایی آن بر اساس نظر ۱۱ نفر از اعضای پانل خبرگان مورد بررسی قرار گرفت و در نهایت روایی سازه با پرسشگری از ۱۰۰ نفر از بیماران محاسبه گردید. پایایی درونی توسط ضریب آلفای کرونباخ و پایایی برونی با انجام آزمون- باز آزمون بر روی ۳۰ بیمار که حین معاینه واکنش نشان می دادند تعیین شد.

یافته‌ها: نخست تغییرات حاصل از مرحله کیفی روایی صوری اعمال و در مرحله کمی روایی صوری ۶ عبارت شاخص تاثیر ایتهم کم تر از ۱/۵ را کسب کردند. پس از محاسبه CVI, CVR در بخش کمی روایی محتوا، ۵ سوال امتیاز مورد نظر را کسب نکردند. در تحلیل عاملی اکتشافی مقدار KMO برابر ۰/۸۱۰ شد. همچنین مقدار آزمون بارتلت، کوچکتر از ۵ درصد شد. برای تعیین پایایی مقدار آلفای کرونباخ ۰/۹۰۷ محاسبه شد. پایایی برونی، کم تر از ۰/۰۵ بود.

استنتاج: این ابزار با توجه به خلاصه بودن، تعداد کم سوالات، سادگی جملات و همچنین روایی و پایایی مناسب، قابل استفاده در جمعیت زنان مبتلا به درد حین رابطه زناشویی بوده، می تواند جهت تشخیص صحیح واژینیسموس در آن‌ها به کار گرفته شود.

واژه های کلیدی: تشخیص واژینیسموس، روایی، پایایی پرسشنامه

مقدمه

واژینیسموس احتمالا یک مسئله خیلی قدیمی می باشد. مقاربت جنسی دردناک به اندازه طومارهای کاغذی دوره رامسون مصر باستان قدمت دارد. اولین نسخه های نوشتاری از واژینیسموس نزدیک به هزار سال

E-mail: ziaei_sa@modares.ac.ir

مؤلف مسئول: سعیده ضیایی - تهران: دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، گروه مامایی و بهداشت باروری

۱. دانشجوی دکتری بهداشت باروری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۲. استاد، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۳. استاد، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۴. استاد، گروه آمار حیاتی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۰/۲۹ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۴/۱/۲۹ تاریخ تصویب: ۱۳۹۴/۳/۱۲

پیش شناخته شده است (۱). مسترز و جانسون در سال ۱۹۷۰ واژینیسموس را به معنای انقباض کنترل نشده عضلات واژن در طی مقاربت می‌دانند که مقاربت را غیرممکن می‌سازد (۲).

انجمن روان‌پزشکی آمریکا در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی در ویرایش پنجم DSM-V واژینیسموس و دیسپارونی را در یک رده به نام اختلال درد ناحیه تناسلی / لگنی ناشی از دخول (Genito-pelvic pain/penetration disorder) ادغام کرده است. این اختلالات به صورت مشکلات مشخص با حداقل یکی از موارد زیر تعریف می‌شوند: دخول / مقاربت، درد لگنی / تناسلی، ترس از درد / دخول / مقاربت واژینال، افزایش فشار عضلات کف لگن در طی تلاش برای انجام دخول (۳). در نتیجه، تفاوت اساسی با ویراستاری قبلی DSM در نام گروه طبقه‌بندی شده است و ذات اختلال عملکرد جنسی همان درد می‌باشد و هم‌چنان ابهام و سردرگمی در مطالعات بین استفاده از واژه دیسپارونی و تشخیص واژینیسموس از دیسپارونی بر اساس DSM وجود دارد. در مطالعات اخیر بر روی ارتباط بین معیارهای تشخیصی این دو گروه بحث وجود دارد (۵،۴) سازمان جهانی بهداشت در دهمین تجدید نظر طبقه‌بندی آماری بین‌المللی بیماری‌ها و مشکلات بهداشتی (ICD-10) تاکید می‌کند که درد ویژگی تعریفی واژینیسموس است و واژینیسموس را به عنوان یک اختلال درد مرتبط با ارگان‌های جنسی زنان و سیکل قاعدگی و یا یک اختلال جنسی طبقه‌بندی می‌کند (۶). محققان زیادی معتقدند که این طبقه‌بندی‌ها به علت عدم وجود معیارهای تشخیصی به خوبی توسعه یافته و تعریف واضح و کمبود مشخص داده‌های تجربی در حمایت از معیارهای پیشنهادی دچار مشکل هستند. بنابراین، تعدادی از محققان اعتبار معیار تشخیصی واژینیسموس را زیر سوال برده‌اند (۷-۱۱).

هیچ تعریف جامع پذیرفته شده‌ای از واژه اسپاسم وجود ندارد و اجماع در رابطه با چگونگی افتراق

انقباض شدید عضلات از گرفتگی عضلات، فشار مزمن عضلات یا اسپاسم وجود ندارد (۱۲). یافته‌های مطالعه‌ای نشان می‌دهد که درد بخش جدایی‌ناپذیر از تجربه واژینیسموس است. با این حال زنان مبتلا به واژینیسموس از زنان مبتلا به دیسپارونی در شدت درد یا حس شناختی درد و کیفیت عاطفی تجربه درد متفاوت نیستند (۱۳،۱۴). تشابه تظاهرات بالینی زنان مبتلا به دیسپارونی سطحی و زنان مبتلا به واژینیسموس باعث می‌شود تشخیص واژینیسموس دشوار گردد (۱۵،۱۶). علاوه بر نبود معیارهای لازم و کافی برای تشخیص صحیح واژینیسموس، تاثیرات فرهنگی و اعتقادات مذهبی جوامع نیز حائز اهمیت هستند (۱۷). ناتوانی در برقراری رابطه زناشویی متأثر از واژینیسموس بر روابط زوجین تاثیر می‌گذارد و می‌تواند منجر به ایجاد اعتماد به نفس ضعیف در زوجین، ایجاد روابط خارج از خانه، خیانت و طلاق گردد (۱۸). براساس تحقیقات منتشر شده، اطلاعات محدودی در ارتباط با شیوع و بروز واژینیسموس در جمعیت عمومی وجود دارد. هم‌چنین به نظر می‌رسد که شیوع واژینیسموس وابسته به فرهنگ است و در ایرلند، شرق اروپا و آمریکای لاتین بیشتر از شمال آمریکا و غرب اروپا گزارش شده است (۲۱-۱۹). مطالعه‌ای که توسط صفری نژاد در سال ۲۰۰۶ در ۲۸ استان ایران برای کشف شیوع و عوامل خطر اختلالات جنسی زنان انجام گرفت حکایت از این دارد که ۲۶/۷ درصد زنان ۲۰ تا ۶۰ ساله مشکل درد حین نزدیکی داشتند که دومین اختلال جنسی شایع در زنان محسوب می‌شود (۲۲).

علی‌رغم این که میزان شیوع واژینیسموس به عنوان اختلال درد جنسی در اکثر مطالعات خارجی و داخلی به صورت دقیق و واضح بیان نشده است ولیکن واژینیسموس دومین رتبه از نقطه نظر شایع ترین اختلال جنسی زنانه را کسب کرده است (۲۲-۱۹). نظر به اهمیت تشخیص صحیح واژینیسموس از سایر بیماری‌های مشابه همچون دیسپارونی، ضرورت وجود یک ابزار

تشخیصی روا و پایا جهت شناسایی شاخص‌های تشخیصی واژینیس‌موس احساس می‌شود تا به وسیله آن بتوان درمانگران فعال در حیطه سلامت جنسی را جهت تشخیص صحیح و در نتیجه آن درمان درست و مناسب این بیماری یاری نمود. با توجه به این که تاکنون ابزار تشخیصی مناسبی برای تشخیص واژینیس‌موس طراحی نشده است، لذا پژوهش حاضر با تکیه بر تحقیق کیفی گراند تئوری ابزار مورد نظر را طراحی و روایی و پایایی آن را تایید نموده است تا بدین طریق بتوان گامی در راستای ارتقا سلامت خانواده و رفع نیاز سلامت جامعه برداشته شود.

مواد و روش ها

هدف مطالعه حاضر طراحی و روان‌سنجی ابزار تشخیصی واژینیس‌موس می‌باشد. این مطالعه از نوع ترکیبی متوالی اکتشافی (Triangulation) است و در سال‌های ۱۳۹۲ الی ۱۳۹۳ انجام شد. این مطالعه در دو گام اصلی کیفی و کمی صورت گرفت. هدف اصلی در گام نخست این مطالعه تعیین سوالات جهت تشخیص واژینیس‌موس بود.

بخش اول مطالعه (بخش کیفی). به این منظور، در یک مطالعه با رویکرد کیفی و از نوع گراند تئوری بر اساس نسخه کتی چارمز (۲۰۰۶) تحت تاثیر مکتب بر ساخت‌گرایی است. دیدگاه ایشان بر این نکته متمرکز است که می‌توان گراند تئوری را به شکل قابل انعطاف‌تری اجرا نمود و آن را از محصور شدن در دام رویه‌های خشک و کلیشه‌ای به سمت راهبردهای اکتشافی جهت‌دهی نمود (۲۳). مصاحبه با سوالات باز و نیمه‌ساختار یافته و به صورت هدفمند انجام گرفت. در مجموع ۱۳ مصاحبه با گروه تشخیص‌دهنده شامل ۵ نفر ماما، ۵ نفر پزشک متخصص زنان و زایمان و ۳ نفر روانشناس بالینی (از اساتید دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، شهیدبهشتی، بابل و مطب‌دارهای با سابقه تهران) و ۲۰ مصاحبه با بیماران انجام شد (جداول شماره ۱ و ۲). داده‌های جمع‌آوری شده در چهار مرحله کدگذاری به

صورت کدگذاری اولیه، متمرکز، محوری و تئوریک توانستند شالوده تئوریک یا زیربنای مفهومی روایت را کامل کنند. در نهایت زیرطبقات و طبقات اصلی و مفاهیم مورد نظر به دست آمدند. در ادامه با توجه به مفاهیم ایجاد شده پیش‌نویس اولیه پرسشنامه طراحی شد. تیم تحقیق با برگزاری جلسات کارشناسی با متخصصان زنان و زایمان و متخصصان سلامت این پیش‌نویس اولیه را مورد نقد و بررسی قرار دادند که در نهایت با ساختار دو قسمتی شامل قسمت مربوط به درمانگر (۶ سوال) و قسمت مربوط به بیمار (۲۰ سوال) تایید گردید.

جدول شماره ۱: خصوصیات مشارکت‌کنندگان: گروه تشخیص‌دهنده

تعداد (نفر)	سطح تحصیلات (نفر)	سن (سال)	تجربه کاری (سال)
پزشک: ۵	تخصص زنان و زایمان: ۵	کمترین: ۳۵	کم‌ترین: ۵
ماما: ۵	کارشناس و کارشناس ارشد: ۵	بیشترین: ۵۵	بیشترین: ۲۵
روانشناس بالینی: ۳	کارشناس ارشد: ۳	میانگین: ۴۱	میانگین: ۱۵

جدول شماره ۲: خصوصیات مشارکت‌کنندگان: گروه بیماران

تعداد (نفر)	سطح تحصیلات (نفر)	سن (سال)	مدت زمان ازدواج (نفر)
۲۰	دیپلم: ۲	کمترین: ۱۸	کمتر از یکسال: ۵
	فوق دیپلم: ۶	بیشترین: ۴۲	یک سال الی دو سال: ۵
	کارشناس: ۸	میانگین: ۲۸	دو سال الی پنج سال: ۷
	کارشناس ارشد: ۴		بیشتر از پنج سال: ۳

بخش دوم مطالعه (بخش کمی). هدف اصلی در گام دوم این مطالعه روان‌سنجی ابزار تشخیصی واژینیس‌موس بود. در این راستا روایی و پایایی ابزار تشخیصی واژینیس‌موس تعیین گردید. برای تعیین روایی صوری از دو روش کیفی و کمی استفاده شد. در تعیین کیفی روایی صوری با ۱۰ نفر به عنوان گروه تشخیص‌دهنده و ۲۰ نفر به عنوان گروه بیمار به صورت چهره به چهره مصاحبه شد و موارد سطح دشواری (دشواری درک عبارات و کلمات)، میزان تناسب (تناسب و ارتباط مطلوب عبارات با ابعاد پرسشنامه) و ابهام (احتمال وجود برداشت‌های اشتباه از عبارات و یا وجود نارسایی در معانی کلمات) مورد بررسی قرار گرفت. پس از اصلاح موارد بر اساس نظر مشارکت‌کنندگان، در گام بعدی جهت کاهش عبارت‌ها، حذف عبارت‌های

نامناسب و تعیین اهمیت هر یک از عبارت‌ها، از روش کمی تاثیر آیتم استفاده شد. در روش تاثیر آیتم در صورتی که نمره تاثیر آیتم مساوی و یا بیش‌تر از $1/5$ باشد، عبارت برای تحلیل‌های بعدی مناسب تشخیص داده شده و حفظ می‌گردد (۲۵، ۲۴). هم‌چنین، پژوهشگران تلاش کردند تا از شیوه صحیح نگارش و جمله‌بندی منطقی برای نوشتن عبارات پرسشنامه استفاده نمایند. عبارات توسط تیم تحقیق چندبار بازخوانی و نظرات ایشان اعمال شد و سپس توسط یک متخصص در زمینه ادبیات فارسی بازنگری گردید.

در مرحله بعد، پرسشنامه از نظر روایی محتوایی مورد بررسی قرار گرفت. این روایی یک بازنگری جامع توسط گروهی از خبرگان است تا مشخص کنند انواع گویه یا عبارت‌های موجود در پرسشنامه تمامی جوانب رفتاری یا رفتارهایی را که قرار است اندازه‌گیری شود پوشش داده‌اند یا خیر (۲۶). برای انجام روایی محتوایی از دو روش کیفی و کمی استفاده شد. در بررسی کیفی محتوا، پژوهشگران از ۱۱ نفر از متخصصان درخواست کردند تا پس از بررسی کیفی پرسشنامه بر اساس معیارهای رعایت دستور زبان، استفاده از واژه‌های مناسب، ضرورت، اهمیت، قرارگیری عبارات در جای مناسب خود و امتیازدهی مناسب بازخورد لازم را ارائه دهند. برای بررسی روایی محتوا به شکل کمی از دو شاخص نسبت روایی محتوا (CVR^۱) و شاخص روایی محتوا (CVI^۲) استفاده شد. برای تعیین شاخص نسبت روایی محتوا از پانل خبرگان درخواست شد تا هر آیتم را براساس طیف سه قسمتی (ضروری/است، مفید/است ولی ضروری نیست، ضرورتی ندارد) بررسی نمایند. بر اساس جدول لاوشه، برای تعیین حداقل ارزش شاخص نسبت روایی محتوا عبارت‌هایی که میزان عددی CVR آنها از $0/59$ (بر اساس ارزیابی ۱۱ متخصص) بالاتر بود، معنی‌دار ($p < 0/05$) ارزیابی شده و حفظ گردید. سپس

بررسی CVI بر اساس شاخص روایی محتوای والتس و باسل اجرا شد (۲۷). بدین منظور، پژوهشگران پرسشنامه طراحی شده را در اختیار متخصصان قرار دارند و از ایشان درخواست کردند تا بر اساس شاخص روایی محتوای والتس و باسل میزان مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن هر یک از گویه‌های موجود در پرسشنامه را تعیین نمایند. بدین ترتیب سه معیار ساده بودن، مربوط بودن و واضح بودن به صورت مجزا در یک طیف لیکرتی ۴ قسمتی (۱: مربوط نیست؛ ۲: نسبتاً مربوط است؛ ۳: مربوط است؛ ۴: کاملاً مربوط است) برای هر یک از آیتم‌ها توسط پانل خبرگان (۱۱ نفر از متخصصان سلامت) مورد بررسی قرار گرفت. امتیاز شاخص روایی محتوا برای هر گویه به وسیله تقسیم تعداد متخصصان موافق با گویه دارای رتبه ۳ و ۴ بر تعداد کل پانل خبرگان محاسبه شد (۲۴). هیرکاس و همکاران (۲۰۰۳) نمره $0/79$ و بالاتر را برای پذیرش آیتم‌ها بر اساس نمره CVI توصیه نموده‌اند و در صورتی که عبارت یا همان گویه نمره بین $0/7$ تا $0/79$ را کسب نماید، نیاز به بازنگری خواهد داشت (۲۸).

مرحله سوم (روایی سازه). در متون تحقیقی در حیطه سلامت اکثراً از تحلیل عاملی به عنوان بخشی از فرایند ساخت ابزار استفاده می‌شود (۲۸). در این پژوهش نیز از روش تحلیل عاملی اکتشافی در فرایند ساخت ابزار استفاده شد. در روش تحلیل عاملی متغیرهای دارای همبستگی‌های همسو در قالب متغیرهای جدیدی به نام عامل خلاصه می‌شوند. هر عامل بیانگر ویژگی نسبتاً واحدی است که از این طریق کمک می‌کند تا پژوهشگر گروه‌بندی شدن متغیرها را تفسیر نماید. زمانی از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده می‌گردد که درباره سازه مورد پژوهش اطلاعات اندکی در دسترس باشد. هدف مستقیم تحلیل عاملی اکتشافی کم کردن یک سری داده‌هاست تا بتوان آن‌ها را به آسانی توصیف و مورد استفاده قرار داد. این حالت معمولاً در زمینه ساخت ابزار رخ می‌دهد.

1. Content Validity Ratio
2. Content Validity Index

تعداد نمونه مورد نیاز جهت انجام تحلیل عاملی به منظور تعیین روایی سازه از نظر پژوهشگران مختلف متفاوت است. تعداد نمونه توصیه شده جهت انجام تحلیل عاملی، ۱۰ تا ۵ نمونه به ازای هر عبارت ابزار می باشد. برخی از صاحب نظران حتی تعداد ۳ نمونه را به ازای هر عبارت ابزار به شرط درصد واریانس بیان شده و مقدار بار عاملی بیش تر از ۰/۸ کافی تلقی می نمایند (۲۹). در این پژوهش، نمونه ای از زنانی که حین معاینه ژنیکولوژی واکنش نشان می دادند و درد حین برقراری رابطه زناشویی داشتند به تعداد ۵ برابر عبارت های پرسشنامه انتخاب شدند. بر همین اساس ۱۰۰ نفر از واحدهای مورد پژوهش در این مرحله با روش نمونه گیری آسان انتخاب شدند. بدین ترتیب که زنان مراجعه کننده به کلینیک های سلامت جنسی و مطب های خصوصی زنان و مامایی شهرهای تهران، کرج، رودهن، بابل و قائمشهر که حین معاینه ژنیکولوژی به صورت درد، اجتناب از انجام معاینه، اسپاسم و گرفتگی عضلات پا و ناحیه تناسلی واکنش نشان دادند ابتدا شناسایی و سپس با بیان هدف مطالعه از نظر وجود یا عدم وجود درد حین برقراری رابطه زناشویی مورد بررسی قرار گرفتند و در صورت پاسخ مثبت به وجود درد و رضایت به انجام پژوهش وارد مطالعه شدند. جهت تحلیل داده ها در ابتدای تحلیل عاملی، آزمون شاخص نمونه گیری کیسر-مایر-الکین (KMO) انجام گرفت که میزان آن بین صفر و یک متغیر است. هر چه میزان آن بالاتر باشد، تحلیل عاملی بهتر خواهد بود. مقادیر KMO بین ۰/۵ تا ۰/۷ تحلیل عاملی متوسط، ۰/۷ تا ۰/۸ تحلیل عاملی مطلوب و ۰/۸ تا ۰/۹ تحلیل عاملی متعادل، ۰/۹ تا ۰/۹ تحلیل عاملی عالی را نشان می دهد (۲۷). برای آن که مشخص شود آیا ماتریس همبستگی به دست آمده تفاوت معناداری با صفر دارد و بر پایه آن انجام تحلیل عاملی قابل توجیه می باشد (به عبارت دیگر آیا به اندازه کافی میان عبارات ابزار همبستگی وجود دارد که بتوان آنها را ادغام نمود) از آزمون کرویت

بارتلت استفاده گردید (۳۰). به منظور تعیین تعداد عوامل سازنده پرسشنامه از روش تحلیل مولفه ها و ارزش ویژه (مقدار مشخصه) استفاده شد. منظور از ارزش ویژه مقدار مشخصه مجموع مجذورات بارهای عاملی قرار گرفته بر روی هر عامل است (۳۰).

مرحله آخر (بررسی پایایی). برای تعیین پایایی پرسشنامه از دو شیوه تعیین همسانی درونی و ثبات استفاده گردید. برای اندازه گیری درونی از آلفای کرونباخ (یا ضریب آلفا) استفاده شد. آلفای کرونباخ معرف میزان تناسب گروهی از آیتم ها است که یک سازه را می سنجد. ضریب آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷ بدین معنا است که پرسشنامه از پایایی قابل قبولی برخوردار است. ارزیابی ثبات نیز از طریق روش آزمون-بازآزمون انجام پذیرفت. نکته مهم در این روش، فاصله زمانی بین دو آزمون است. فاکس (۱۹۸۲) معتقد است که فاصله زمانی بین دو آزمون باید تا حدی باشد که از طرفی فراموشی گویه های ابزار اتفاق بیفتد و از طرف دیگر تغییری در پدیده مورد اندازه گیری رخ ندهد (۳۱). برنز و گراو این فاصله زمانی را دو هفته تا یک ماه پیشنهاد کرده اند (۳۲). روش آزمون-باز آزمون با تکمیل پرسشنامه توسط ۳۰ نفر از بیماران که به طور آسان انتخاب شده بودند و تکرار آن با فاصله ۷ تا ۱۰ روز بعد از آن انجام گرفت. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی با مسئولین کلینیک ها و مطب های خصوصی هماهنگی های لازم انجام و اجازه مصاحبه با بیماران و معاینه آن ها کسب شد. هم چنین قبل از شروع پژوهش، شرکت کنندگان از اهداف و اهمیت تحقیق آگاه شدند و با رضایت آگاهانه در تحقیق شرکت نمودند. از آن ها برای شرکت در تحقیق و استفاده از ضبط صوت برای ضبط مصاحبه ها اجازه گرفته شد و به آن ها اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده صرفاً در جهت اهداف تحقیق مورد استفاده قرار می گیرد و در اختیار افرادی غیر از گروه پژوهش قرار نخواهد گرفت. هم چنین به شرکت کنندگان توضیح داده شد که در هر مرحله ای از

پژوهش می‌توانند انصراف خود را از ادامه شرکت در آن اعلام نمایند و مشخصات آنان در طول تحقیق و بعد از آن به صورت محرمانه حفظ می‌گردد.

یافته ها

در گام نخست در مطالعه کیفی، مصاحبه‌ها با ۱۳ نفر از گروه تشخیص‌دهنده شامل ۵ نفر ماما، ۵ نفر پزشک متخصص زنان و زایمان و ۳ نفر روانشناس بالینی و ۲۰ نفر از گروه بیماران انجام شد. بعد از انجام کدگذاری‌های چهارگانه چارمز در قالب کدگذاری اولیه، متمرکز، محوری و نظری، ۱۴ زیرطبقه، ۴ طبقه و دو درونمایه اصلی مهارت و دانش کاربردی تشخیص‌دهنده و نیز اختلال درک شده در برقراری رابطه زناشویی به دست آمد. بنابر مفاهیم استخراج شده تشخیص واژینسموس چنین تعریف شد: تشخیص واژینسموس عبارت است از فرآیندی که دانش و مهارت درمانگر برای درک اختلال موجود در روابط زناشویی زوجین در هم تلفیق می‌گردند. در نهایت ابزار تشخیصی واژینسموس به صورت ترکیبی از دانش و مهارت درمانگر در شناخت معیارهای بالینی درد، انقباض و اسپاسم که همراه با پاسخ‌های بیمار به سوالاتی جامع در ارتباط با وضعیت رابطه زناشویی او است، طراحی گردید. پیش‌نویس اولیه مورد بررسی تیم کارشناسی قرار گرفت و پرسشنامه به صورت دو بخشی نهایی شد. بخش اول که مرتبط با درمانگر است شامل شش سوال می‌باشد که سه سوال اول درباره شرح حال باروری زنان است و سه سوال بعدی را درمانگر بعد از انجام معاینه ژنیکولوژی پاسخ می‌دهد که براساس شاخص‌های درد، اسپاسم و اجتناب از انجام معاینه می‌باشد. قسمت دوم شامل ۲۰ سوال است که توسط خود بیمار پاسخ داده می‌شود. در قسمت روانسنجی پرسشنامه در تعیین کیفی روایی صوری، بعد از دریافت چهره به چهره نظرات مشارکت‌کنندگان (۱۰ نفر از گروه تشخیص‌دهنده و ۲۰ نفر از گروه بیماران)

بعضی از عبارات از نظر سطح دشواری، میزان تناسب و ابهام اصلاح شدند (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: نمونه‌ای از تغییرات ایجادشده بعد از روایی صوری کیفی

عبارات اولیه	عبارات اصلاح شده در مرحله کیفی روایی صوری
قادر به انجام رابطه زناشویی نیستم.	توانایی برقراری رابطه زناشویی را ندارم.
در حال حاضر رابطه زناشویی‌ام دردناک است.	در صورت داشتن رابطه زناشویی، احساس درد می‌کنم.

در مرحله بعد برای تعیین اهمیت هر یک از عبارت‌ها از روش کمی تاثیر آیتم استفاده شد که بر این اساس شش سوال (۹، ۱۰، ۱۹، ۱۲-۱۷) مقادیر کم‌تر از ۱/۵ را کسب نمودند. در نتیجه این دو مرحله با توجه به نظر کارشناسان و تیم تحقیق پرسشنامه وارد مرحله روایی محتوایی شد تا در نهایت نسبت به حفظ یا حذف عبارات تصمیم‌گیری شود.

در مرحله روایی محتوایی این پرسشنامه مورد تحلیل و بررسی پانل خبرگان قرار گرفت. در روایی محتوایی کیفی پانل خبرگان مهم‌ترین نظرات خود را به صورت تغییر افعال منفی در عبارات به افعال مثبت پیشنهاد دادند که اعضای تیم تحقیق با توجه به درک بهتر بیماران از عباراتی با افعال مثبت و همچنین نظر کارشناس زبان و ادبیات فارسی درباره افعال مثبت اصلاحات مورد نظر را تایید نمودند. به عنوان مثال، "برای برقراری رابطه زناشویی، آمادگی جسمی ندارم." به "برای برقراری رابطه زناشویی، آمادگی جسمی دارم." تغییر کرد.

در مرحله روایی محتوایی کمی، ابتدا اعضای پانل خبرگان (۱۱ نفر) ضرورت عبارات را در طیف سه قسمتی بررسی نمودند و بر اساس جدول لاوشه حداقل ارزش شاخص نسبت روایی محتوا عبارت‌هایی که میزان عددی CVR آن‌ها از ۰/۵۹ (براساس ارزیابی ۱۱ متخصص) بالاتر بود ارزیابی گردید که پنج عبارت شاخص نسبت روایی محتوایی کم‌تر از ۰/۵۹ کسب کردند.

در گام بعدی برای تعیین شاخص روایی محتوا (CVI) پانل خبرگان میزان مربوط بودن عبارات را با توجه به طیف لیکرت ۴ قسمتی تعیین نمودند که امتیاز

شاخص روایی محتوا برای سه عبارت کم‌تر از ۰/۷۰ و برای دو عبارت ۰/۷۲ محاسبه شد و برای سایر عبارات امتیاز بالاتر از ۰/۷۹ به دست آمد. در نهایت با توجه به نظر کارشناسان و اعضای تیم تحقیق پس از جمع‌بندی نتایج به دست آمده از روایی صوری کمی (شاخص تاثیر آیتم) و روایی محتوایی کمی (CVR, CVI) سه عبارت (عبارات ۱۲، ۹ و ۱۷) حفظ و سه عبارت (۱۸، ۱۰ و ۱۹) حذف شدند (جدول شماره ۴).

پرسشنامه حاضر با مجموع ۲۳ سوال وارد مرحله روایی سازه (تحلیل عاملی اکتشافی) شد. برای تحلیل عاملی اکتشافی پرسشنامه، تعداد ۱۰۰ نفر از زنانی که حین معاینه ژنیکولوژی به صورت اسپاسم عضلات پاها و ناحیه واژینال، درد و اجتناب از انجام معاینه واکنش نشان می‌دادند وارد مرحله بعدی شده و از نظر کیفیت رابطه زناشویی مورد بررسی قرار گرفتند و در صورت وجود درد حین برقراری رابطه زناشویی پرسشنامه تکمیل می‌گردید. در تحلیل عاملی اکتشافی مقدار KMO برابر ۰/۸۱۰ (نزدیک به یک) است. تعداد پاسخ‌دهندگان برای تحلیل عاملی کافی و نشاندهنده میزان مطلوب تحلیل عاملی می‌باشد. هم‌چنین مقدار sig آزمون بارتلت (۰/۰۰۰) کوچک‌تر از ۵ درصد است که نشان می‌دهد تحلیل عاملی برای شناسایی ساختار، مدل عاملی، مناسب است و فرض شناخته شده بودن ماتریس همبستگی رد می‌شود.

جهت استخراج عوامل در این پژوهش از شیوه تجزیه و تحلیل مولفه‌های اصلی و جهت تعیین تعداد عوامل از روش ویژه استفاده گردید. نتایج نشان داد که بیش‌ترین درصد واریانس کل (تقریباً ۶۹ درصد) توسط چهار عامل اول و باقیمانده درصد واریانس کل (۳۱)

درصد) توسط ۱۳ عامل باقی‌مانده تبیین می‌گردد. به عبارت دیگر، تحلیل عاملی، چهار عامل با ارزش ویژه بالاتر از یک را مشخص کرد که در مجموع ۶۹ درصد واریانس را تبیین نمود. هم‌چنین بر اساس ماتریس چرخش یافته مولفه‌ها، تمام بار عاملی در عامل چهار با ارزش مثبت بودند. بدین ترتیب ۴۱/۲۳۳ درصد واریانس مشترک توسط عامل نخست، ۱۰/۷۳۵ درصد توسط عامل دوم، ۹/۳۹۸ درصد توسط عامل سوم و ۷/۴۷۰ درصد توسط عامل چهارم تبیین می‌شود. بنابراین، همه گویه‌ها در هر چهار عامل حفظ شد. عامل نخست (حیطه رنج جسمی و ناتوانی در برقراری ارتباط جنسی) شامل پنج عبارت (از سوالات ۱ تا ۵)، عامل دوم (احساس نامناسب در ارتباط جنسی) دارای سه عبارت (۸-۶)، عامل سوم (شرایط زمینه‌ای نامناسب در ارتباط جنسی) دارای دو عبارت (۹، ۱۰) و عامل چهارم (ترس و عدم تمایل به رابطه جنسی) شامل ۷ عبارت (۱۱ تا ۱۷) می‌باشد.

برای بررسی پایایی از روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای عبارت‌های هر یک از ابعاد اکتشاف شده در مرحله روایی سازه استفاده شد. نتایج حاصل نشان دادند که مقدار آلفای کرونباخ ۰/۹۰۷ می‌باشد و پرسشنامه از پایایی قابل‌قبولی برخوردار است. برای تعیین پایایی برونی و ثبات پرسشنامه، ۳۰ نفر از زنان که حین معاینه واکنش نشان می‌دادند پرسشنامه را در دو مرحله با فاصله زمانی ۷ تا ۱۰ روز تکمیل نمودند و سپس نمرات در این دو مرحله با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون با هم مقایسه شدند. از آنجایی که sig کم‌تر از ۰/۰۵ بود بین ابعاد پرسشنامه در این دو مرحله همبستگی لازم وجود دارد و پایایی برونی آن تایید گردید.

جدول شماره ۴: نتایج تغییرات اعمال شده بعد از روایی صوری کمی (شاخص تاثیر آیتم) و روایی محتوایی کمی (CVR, CVI)

عبارت‌ها	شاخص تاثیر (روایی صوری)	CVR	CVI	نتایج بر اساس نظر اعضای تیم تحقیق
۹. حس خوبی نسبت به جنس مخالف دارم.	۰/۶۹	۰/۴۵	۰/۷۲	این عبارت حفظ شد.
۱۰. عدم وجود حریم خصوصی حین رابطه زناشویی برای من آزار دهنده است.	۱/۲۷	۰/۲۷	۰/۶۳	این عبارت حذف شد.
۱۲. از بودن کنار همسرم به عنوان جنس مخالف می‌ترسم.	۱/۰۹	۰/۲۷	۰/۷۲	این عبارت حفظ شد.
۱۷. قرار گرفتن در موقعیت معاینه ناحیه تناسلی برایم استرس‌زا است.	۰/۳۶	۱	۱	این عبارت حفظ شد.
۱۸. شوهرم، مرا به علت ناتوانی در روابط زناشویی، سرزنش می‌کند.	۰/۷۵	۰/۰۹	۰/۵۴	این عبارت حذف شد.
۱۹. می‌ترسم از این که ناتوانی در رابطه زناشویی منجر به طلاق شود.	۰/۶۳	۰/۲۷	۰/۶۳	این عبارت حذف شد.

جدول شماره ۵: تحلیل عاملی: ماتریس چرخش یافته عبارات پرسشنامه

تشخیص واژینسموس

گویه ها	عامل اول	عامل دوم	عامل سوم	عامل چهارم
۱	۰/۸۱۷			
۲	۰/۸۳۶			
۳	۰/۴۹۶			
۴	۰/۵۸۰			
۵	۰/۷۲۱			
۶		۰/۷۸۸		
۷		۰/۷۸۵		
۸		۰/۷۹۴		
۹			۰/۷۳۲	
۱۰			۰/۸۳۰	
۱۱				۰/۴۶۸
۱۲				۰/۵۲۵
۱۳				۰/۶۴۱
۱۴				۰/۷۷۵
۱۵				۰/۶۸۵
۱۶				۰/۵۸۲
۱۷				۰/۷۲۸

بحث

پرسشنامه ۲۳ سوالی ساخته شده از نظر روند اجرا، گام‌های سیستماتیک و استاندارد مراحل طراحی پرسشنامه را طی نمود که مشابه سایر مطالعات در زمینه تولید ابزار می‌باشد (۳۳). پرسشنامه حاضر بر طبق پیش فرض با اثبات آن توسط تحلیل عامل در دو قسمت مرتبط با درمانگر و بیمار معیارهای تشخیصی واژینسموس را ارزیابی می‌کند.

اکثر مطالعاتی که در حیطه بیماری واژینسموس صورت گرفته است بر روی درمان آن تمرکز کرده‌اند. هم چنین بیش تر مطالعاتی که بر روی تشخیص واژینسموس انجام شده است به صحت و سقم وجود یا عدم وجود معیارهای بالینی اسپاسم، انقباض و درد و یا درستی و نادرستی تعاریف آن‌ها پرداخته‌اند. لذا به جرات می‌توان مدعی شد که این پژوهش اولین تلاش در زمینه ساخت و تدوین ابزاری برای تشخیص واژینسموس در جهان و ایران محسوب می‌شود. نتایج این مطالعه نشان داد که ابزار طراحی شده از نظر محتوا و سازه از روایی مطلوب برخوردار بوده و نیز از حیث همبستگی درونی پایایی قابل قبولی دارد.

اگرچه متخصصان زنان و مامایی آموزش‌های مرتبط

با بیماری‌های جنسی نظیر واژینسموس را دریافت کرده‌اند اما هرگز یک مطالعه قابل اطمینان تشخیصی زنان وجود نداشته است. متخصصان سلامتی که معمولاً درگیر ارزیابی واژینسموس هستند به ندرت تخصص کافی برای تشخیص اسپاسم عضلانی را دارند. اگر چه معاینه ژنیکولوژی توصیه می‌شود اما برای تشخیص مورد نیاز نمی‌باشد. علاوه بر این، معاینه ژنیکولوژی در مورد واژینسموس موقعیتی بی‌نتیجه است چون خانم قادر به تحمل و انجام معاینه ژنیکولوژی است اما قادر به تحمل دخول نمی‌باشد (۳۵،۳۴). اکثر متخصصان اسپاسم را بر اساس اجتناب بیمار از درد حین معاینه تایید می‌کنند (۳۵،۳۴). براساس مطالعه ما، معاینه ژنیکولوژی برای یافتن معیارهای اسپاسم، انقباض و درد جز ضروری تشخیص واژینسموس محسوب می‌شود اما برای تایید نهایی آن کافی نمی‌باشد و باید چگونگی وضعیت رابطه زناشویی بیمار مورد پرس و جو قرار گیرد و این روند در دو مرحله پرسشنامه روا و پایا شده تشخیص واژینسموس لحاظ گردیده است.

ایندید (۲۰۰۰) بیان می‌کند که محوریت ترس درونی یا ترس از درد که زنان مبتلا به واژینسموس گزارش می‌کنند ممکن است نشاندهنده اضطراب موجود در سطوح عمیق‌تر باشد و وقتی که واژینسموس در نتیجه دلایل سایکولوژیکال ایجاد می‌شود، توصیف ترس از درد ژنیتال نسبت به صحبت درباره موارد پیچیده دیگر و موارد کلامی که کم‌تر می‌شود درباره آن‌ها صحبت کرد، راحت‌تر می‌باشد (۳۶) به راحتی می‌توان اذعان کرد که بسیاری از زوجین به علت ناتوانی در انجام دخول و درک آن دچار دیسترس می‌شوند و متعاقباً در موارد زیادی زنان دچار ترس ثانویه از دخول واژینال می‌شوند (۳۷). ترس‌ها و عدم تمایل‌ها زیر طبقه‌های مهمی هستند که در مطالعه حاضر منجر به بروز آسیب‌های روحی و روانی ناشی از واژینسموس می‌شوند. بنابراین آگاهی از این ترس‌ها و عدم تمایل‌ها برای تشخیص واژینسموس مورد نیاز است. در نتیجه یکی از ابعاد مهم

سوالات پرسشنامه با محوریت ترس‌ها و عدم تمایل‌ها طراحی شده است.

افزایش فشار و اسپاسم برای تشخیص واژینیسموس نه لازم و نه کافی است. معیارهای تشخیصی آینده نیاز به این دارند که اهمیت درد حین تلاش برای دخول را منعکس کنند. با این وجود، با توجه به این که شدت و کیفیت درد گزارش شده بین زنان با واژینیسموس و دیسپارونی متفاوت نیست، به نظر می‌رسد که سطح اجتناب از دخول به واژن ممکن است معیار تشخیصی افتراقی مهمی باشد (۳۸). یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که معاینه ژنیکولوژی صرف، معیار لازم و نه کافی برای تشخیص واژینیسموس می‌باشد به دلیل این که بنا بر روایت اغلب بیماران در بخش کیفی مطالعه، آن‌ها چندین بار به درمانگرهای مختلف مراجعه و تحت معاینه ژنیکولوژی با طیف گسترده (از عدم اجازه و تحمل انجام معاینه تا تحمل مختصر در حد ورود یک انگشت و یا تحمل ورود نوک اسپکولوم) قرار گرفته بودند که عدم تشخیص صحیح پیامد این معاینات بوده است. بنابراین، تیم تحقیق بر این یافته تاکید دارد که در قدم نخست درمانگر باید معیارهای بالینی همانند واکنش نشان دادن بیمار و اجتناب از انجام معاینه، درد، اسپاسم و گرفتگی عضلانی را مشاهده نماید و در صورت وجود این شرایط به عنوان معیارهای لازم به تشخیص واژینیسموس شک کند و وارد مرحله بعدی فرآیند تشخیص واژینیسموس گردد. در مرحله بعد بایستی چگونگی وضعیت رابطه زناشویی بیمار مورد کندوکاو قرار گیرد. بنابر تحقیقات انجام شده در زمینه شرایط عضلات کف لگن در واژینیسموس، محققان تشخیص صحیح را منوط به دانستن تاریخچه و انجام معاینه فیزیکی کرده‌اند (۳۹). از آنجایی که این دو گام اساسی در فرایند تشخیص واژینیسموس در این پرسشنامه تشخیصی واژینیسموس لحاظ شده است، این تحقیقات منطبق بر یافته‌های مطالعه ما می‌باشند.

کرولی و همکاران (۲۰۰۹) در یک مطالعه

Clinical review بیان می‌کنند که تشخیص واژینیسموس براساس تاریخچه کامل جنسی-روانی مانند درجه پریشانی، اضطراب و خود گزارشی از تداخل با دخول از تون عضلانی برای تشخیص مهمتر است. باید سوالاتی در ارتباط با تاریخچه جنسی زن پرسیده شود. نکته قابل توجه در پرسشنامه تشخیص واژینیسموس ما نیز وجود قسمت مرتبط با بیمار و سوالات اساسی در ارتباط با کیفیت رابطه زناشویی وی است (۴۰).

پرسش سوالات اساسی در حین اخذ شرح حال و دقت به جزئیات معاینه ژنیتال برای تشخیص اختلالات درد جنسی بر طبق یک فلوچارت تشخیصی سازماندهی شده ضروری به نظر می‌رسد (۴۱). برای تشخیص صحیح جزئیات پزشکی، روانی، ارتباط و تاریخچه جنسی، تجربه حوادث جنسی مورد نیاز است. سوال درباره دانش جنسی و نگرش خانواده به رفتارهای جنسی با ارزیابی سایکولوژیک مرتبط هستند (۴۲، ۴۳). شرح روشنی از درد، ترس و پاسخ‌ها و واکنش‌های اجتنابی مورد نیاز می‌باشد. میزان توانایی زن در تحمل ورود ژنیتال توسط خودش یا فرد دیگری باید مشخص گردد (۴۲، ۴۳). به نظر می‌رسد که میزان استرس نشان داده شده توسط بیماران در حین معاینه ژنیکولوژی و گزارش خود بیمار از میزان مداخله حین برقراری رابطه زناشویی، درد و استرس حین مقاربت یا معاینه محوریت اصلی تشخیص واژینیسموس نسبت به یافته‌های فیزیولوژیکی مانند فشار عضلات و اسپاسم باشد (۴۴) مانند فشار عضلات و اسپاسم باشد (۴۴) میترا مولایی نژاد (۱۳۹۲) مطالعه‌ای را تحت عنوان طراحی و روانسنجی ابزار ارزیابی ازدواج به وصال نرسیده مبتنی بر مدل رفتارهای جنسی زوجین مبتلا: یک مطالعه ترکیبی اکتشافی متوالی انجام داده‌اند. در این مطالعه ابزار تشخیصی و درمان ازدواج‌های به وصال نرسیده در قالب دو نسخه پرسشنامه‌های زنانه و مردانه طراحی شده است، که اختلالات جنسی زوجین را تشخیص و بعد آن را درمان می‌کند و از واژینیسموس به عنوان ترس از برقراری رابطه جنسی نام برده شده

است. این ابزار جدید برای تشخیص اختلال ناکامی جنسی زوجین با هدف کاهش هزینه‌ها و جایگزین کردن آن با روش‌های مداخله‌ای درمان که بسیار پرهزینه و زمان بر بوده است، طراحی شده است (۴۵).

تیم تحقیق بیان می‌دارد که نقطه عطف طراحی پرسشنامه تشخیص واژینیسموس وجود بعد واکاوی ماهرانه رابطه زناشویی زوجین و در نتیجه آن درک اختلال موجود در آن است. با استناد به این که بررسی لایه‌های درونی تر و عمیق تر روابط زناشویی زوجین در زنانی که درمانگر شک به تشخیص واژینیسموس دارد منجر به آشکار شدن آسیب‌ها و ناراحتی‌های جسمی و روحی می‌شود در نتیجه بررسی کمیت و کیفیت رابطه زناشویی زوجین معیار تائیدی تشخیص واژینیسموس به حساب می‌آید. بررسی دغدغه‌ها و ترس‌هایی هم‌چون ترس از دست دادن همسر به علت باردار نشدن، ترس ارتباط خارج از خانه همسر، کاهش اعتماد به نفس، افسردگی و اضطراب، تجربه دردناک، تجربه سوءاستفاده جنسی در کودکی و غیره که در زنان مبتلا به دیسپارونی مشاهده نمی‌شود، جزء مهم و لاینفک از این فرایند تشخیصی می‌باشد. بررسی وضعیت رابطه زناشویی زنان مبتلا به واژینیسموس در این پرسشنامه لحاظ شده است.

رابطه زناشویی یک تعامل دوطرفه بین زن و مرد است. همان‌طور که بررسی جسمی و روحی زن برای ارزیابی کیفیت و کمیت یک رابطه زناشویی الزامی است، تحلیل مرد از جنبه‌های روحی و جسمی و دیدگاه وی نسبت به برقراری رابطه زناشویی مهم می‌باشد (۱۹). طراحی این پرسشنامه براساس دیدگاه و نظرات زنان مبتلا به واژینیسموس می‌باشد و از آن جایی که شوهران این زنان بنابر شرایط فرهنگی ایران و مونث بودن محقق مورد بررسی قرار نگرفتند، ضرورت لحاظ دیدگاه و نگرش شوهران زنان مبتلا به واژینیسموس در این پرسشنامه احساس می‌شود. بنابراین، یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهند که فرایند تشخیص واژینیسموس دو گام اساسی دارد. نخست درمانگر بر اساس دانش

خود بایستی با مهارت معیارهای بالینی موجود برای تشخیص واژینیسموس مانند اسپاسم، درد و اجتناب از انجام معاینه را مشاهده کند و در صورت وجود آن‌ها به بیماری واژینیسموس شک نموده و قسمت مربوط به درمانگر را پاسخ دهد و زمانی که قسمت دوم پرسشنامه به بیمار ارجاع داده می‌شود تا او تکمیل کند در واقع درمانگر می‌تواند بدین وسیله با واکاوی ماهرانه و دقیق چگونگی وضعیت رابطه زناشویی بیمار مهر تایید به تشخیص خویش بزند.

در پایان می‌توان نتیجه‌گیری کرد که نتایج این مطالعه نشان داد که پرسشنامه طراحی شده از استحکام و اعتبار لازم جهت تشخیص واژینیسموس برخوردار است. این پرسشنامه با توجه به خلاصه بودن، تعداد کم سوالات، سادگی جملات و همچنین روایی و پایایی مناسب، قابل استفاده در جمعیت زنان مبتلا به درد حین رابطه زناشویی می‌باشد تا جهت تشخیص صحیح واژینیسموس در آن‌ها به کار گرفته شود. تیم تحقیق در حین انجام کار با محدودیت‌هایی روبرو بود. از آن جایی که در هر مرحله از مصاحبه و نمونه‌گیری زنان می‌بایست در ارتباط با روابط زناشویی خود صحبت می‌کردند، وجود حریم خصوصی برای طرح این مطالب الزامی بود، در حالی که در اکثر مراکز درمانی و مطب‌های خصوصی به دلیل کثرت بیماران و نبود فضای کافی این امکان به صورت مناسب فراهم نبود. با این وجود، تیم تحقیق تمام تلاش خود را برای ایجاد محیط امن برای بیماران به کار گرفت. محدودیت دیگر این که در این مطالعه مخاطب اصلی ما به عنوان بیمار زنان مبتلا به واژینیسموس بوده‌اند اما به نظر می‌رسد که همسران این زنان نیز نقش مهمی در بروز دلایل ایجاد کننده واژینیسموس، تشدید و یا تخفیف علایم بیماری و کمک به تشخیص صحیح و سریع واژینیسموس داشته باشند. از این منظر طراحی مطالعه‌ای مکمل که مردان را نیز بررسی کند و حریم خصوصی بیماران را کاملاً محفوظ نگه‌دارد، ضروری به نظر می‌رسد.

پایان‌نامه دکتری است که در سال ۹۳-۱۳۹۲، پس از تصویب در شورای پژوهشی (شماره ثبت پروپوزال ۱۰۵۸۵۴۲) گروه بهداشت باروری و مامایی و شورای پژوهشی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت‌مدرس انجام گرفت.

تیم تحقیق از کلیه اساتید، همکاران و مشارکت‌کنندگان گرانقدر که امکان پژوهش حاضر را فراهم ساختند و نتایج به دست آمده در نتیجه همکاری صمیمانه آن‌هاست، کمال تشکر و قدردانی را دارد. پژوهش حاضر مطالعه‌ای ترکیبی و بخشی از

References

1. Engman M. Partial vaginismus definition, symptoms and treatment. Sweden: Linkoping university: Faculty of Health Sciences; 2007.
2. Lamont JA. Vaginismus. Am J Obstet Gynecol 1978; 131(6): 633-636.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. USA: American Psychiatric Association; 2013.
4. van Lankveld JJ, Brewaeys AM, TerKuile MM, Weijnenborg PT. Difficulties in the differential diagnosis of vaginismus, dyspareunia and mixed sexual pain disorder. J Psychosom Obstet Gynecol 1995; 16(4): 201-209.
5. Binik YM, Reissing E, Pukall C, Flory N, Khalife S, Payne KA. The female sexual pain Disorders: genital pain or sexual dysfunction? Arch Sex Behav 2002; 31(5): 425-429.
6. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009: 353-357.
7. van der Velde J, Laan E, Everaerd W. Vaginismus, component of a general defensive reaction. An investigation of pelvic floor muscle activity during exposure to emotion-inducing film excerpts in women with and without vaginismus. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2001; 12(5): 328-331.
8. Binik YM, Meana M, Berkley K, Khalife S. The sexual pain disorders: Is the pain sexual or is the sex painful? Ann Rev Sex Res 1999; 10: 210-235.
9. Hiller J. Defining vaginismus. Sexual and Relationship Therapy 2000; 15(1): 87-91.
10. Ng ML. Vaginismus: a disease symptom or culture-bound syndrome? Sexual and Marital Therapy 1999; 14(1): 9-13.
11. Reissing ED, Binik YM, Khalife S. Does vaginismus exist? A Critical review of the literature. J Nerv Ment Dis 1999; 187(5): 261-274.
12. Sims MJ. On vaginismus. Transcripts of the Obstetrical Society of London 1861; 3: 356-367.
13. Pukall CF, Reissing ED, Binik YM, Khalif'e S, Abott F. Newclinical and research perspectives on the sexual pain disorders. Journal of Sex Education and Therapy 2000; 25(1): 36-44.
14. van der Velde J, Everaerd W. The relationship between involuntary pelvic floor muscle activity, muscle awareness and experienced threat in women with and without vaginismus. Behav Res Ther 2001; 39(4): 395-408.

15. Ter Kuile MM, Van Lankveld JJ, Vlieland CV, Willekes C, Weijnen PT. Vulvar vestibulitis: an important factor in the evaluation of lifelong vaginismus? *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2005; 26(4): 245-249.
16. Harman MJ, Waldo M, Johnson JA. The sexually dysfunctional couple: Vaginismus and relationship enhancement therapy. *Sex Behavior* 1998; 3(1): 83-93.
17. Coppini A. A case of primary vaginismus. *International Forum of Psychoanalysis* 1999; 8(1): 49-52.
18. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: Definitions and classifications. *J Urol* 2000; 163(3): 888-893.
19. LoPiccolo J, Van Male L. Sexual dysfunctions. *Encyclopaedia of Psychology* 2000; 15: 246-251.
20. Barnes J. Primary vaginismus (Part 1): Social and clinical features. *Ir Med J* 1986; 79(3): 59-62.
21. Weiss JC. Treating vaginismus: Patient without partner. *Journal of Sex and Education and Therapy* 2001; 26(1): 28-33.
22. Safarinejad MR. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. *Int J Impot Res* 2006; 18(4): 382-395.
23. Charmaz K. *Constructing Grounded Theory*. London: SAGE publications; 2006. p. 1-177.
24. Lacasse Y, Godbout C, Series F. Health related quality of life in obstructive sleep apnea. *Eur Respir J* 2002; 19(3): 499-503.
25. Juniper EF, Guyott GH, Streiner DL. Clinical impact versus factor analysis for quality of life questionnaire construction. *J Clin Epidemiol* 1997; 50(3): 233-238.
26. Fitzner K. Reliability and validity: a quick review. *Diabetes Educ* 2007; 33(5): 775-780.
27. Waltz CF, Bausell RB. *Nursing research: Design, statistics and computer analysis*. Philadelphia: FA Davis Company; 1983.
28. Hyrkas K, Appelqvist-Schmidlechner K, Oksa L. Validating on Instrument for Clinical Supervision using an Expert Panel. *Int J Nurs Stud* 2003; 40(6): 619-625.
29. Knapp TR, Brown JK. Ten measurement commandments that often broken. *Res Nurs Health* 1995; 18(5): 465-469.
30. Bartlett MS. A note on multiplying factors for various chi-squared approximations. *Journal of the Royal Statistical society, Series B* 1954; 16: 296-298.
31. Fox DJ. *Fundamentals of Nursing Research*. 4th Edition. USA: Appleton-Century-Crofts; 1982.
32. Burns N, Grove SK. *Understanding nursing research*. 2nd ed. Philadelphia: WB-Saunders; 2003.
33. Heravi-Karimooi M, Anoosheh M, Foroughan M, Sheykhi MT, Hajizadeh E. Designing and determining psychometric properties of the Domestic Elder Abuse Questionnaire. *Iranian Journal of Ageing* 2010, 5(15): 7-21 (Persian).
34. Reissing ED, Binik YM, Khalif'e S, Cohen D, Amsel R. Etiological correlates of vaginismus: Sexual and physical abuse, sexual knowledge, sexual self-schema, and relationship adjustment. *Journal of Sex and Marital Therapy* 2003; 29(1): 47-59.
35. Binik YM, Meana M, Berkley K, Khalif'e S. Dyspareunia: Is the pain sexual or is the sex painful? *Annual Review of Sex Research* 1999; 10(1): 210-236.
36. Hiller J. Defining vaginismus. *Sexual and Relationship Therapy* 2000; 15 (1): 87-91.

-
37. Wince JP, Carey MP. Sexual dysfunction: A guide for assessment and Treatment. New York: The Guildford Press; 1991.
 38. Drenth JJ. Vaginismus and the desire for a child. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 1988; 9(2): 125-137.
 39. Lahaie M, Amsel R, Khalife S, Boyer S, Andersen M, Binik Y. Can Fear, Pain, and Muscle Tension Discriminate Vaginismus from Dyspareunia/Provoked Vestibulodynia? Implications for the New DSM-5 Diagnosis of Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder. *Arch Sex Behav* 2014; 15: 1-14.
 40. Crowley T, Goldmeier D. Diagnosing and managing vaginismus. *BMJ* 2009; 338: b2284.
 41. Graziottin A. Dyspareunia and vaginismus: what the gynaecologist should not miss. XIX World Congress of Gynecology and Obstetrics, organized by the International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). South Africa: Cape Town; 2009.
 42. Engman M, Lindehammar H, Wijma BJ. Surface electromyography 21 diagnostics in women with partial vaginismus with or without vulvar vestibulitis and in asymptomatic women. *Psychosom Obstet Gynaecol* 2004; 25(3-4): 281-294.
 43. Zargooshi J. Male sexual dysfunction in unconsummated 25 marriage: long-term outcome in 417 patients. *J Sex Med* 2008; 5(12): 2895-903.
 44. Van Lankveld JJ, terKuile MM, de Groot HE, Melles R, Nefs J, 22 Zandbergen M. Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: a randomized waiting-list controlled trial of efficacy. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74(1): 168-178.
 45. Molaeinejad M. Development and psychometric assessment tool unconsummated marriage based model of sexual behavior with a mixed method of continuous exploration. PhD, Mashhad, The Medical University of Mashhad, 2013.